



MINISTERO DELLA DIFESA
DIPARTIMENTO MILITARE DI MEDICINA LEGALE
ROMA

(Ente Sanitario)

SESTA COMMISSIONE MEDICA OSPEDALIERA

VERBALE MODELLO ML/V - N. [redacted] IN DATA (1) [redacted]/2011

A RICHIESTA DI AZIENDA U.S.L. ROMA D U.O.C. MEDICINA LEGALE

CON LETTERA N° [redacted] DI PROTOCOLLO, DATATA 11/04/11

La sottoscritta commissione si è riunita per (*) sottoporre a visita medica;
 esaminare la pratica relativa a:

cognome [redacted] nome: [redacted]
nato il: 04/06/1946 a [redacted] (prov. MT) deceduto il [redacted]
residente a: [redacted] via: [redacted] n°: [redacted]
documento di riconoscimento C.I. N° [redacted] rilasciato
da: Comune di Roma in data: [redacted]

allo scopo di esprimere il giudizio sanitario per il diritto all'indennizzo di cui alla vlegge 24 febbraio 1992, n. 210.

ESAME CLINICO

VISITA MEDICA ESEGUITA IN DATA [redacted] 2011

ANAMNESI (4) :

CON ISTANZA DEL 21/02/11 L'INTERESSATO RICHIEDE I BENEFICI DELLA LEGGE 210/92 IN QUANTO SOGGETTO NON VACCINATO CHE HA RIPORTATO A SEGUITO ED IN CONSEGUENZA DI CONTATTO CON PERSONA VACCINATA-LESIONI AD INFERMITA' DALLE QUALI E' DERIVATA UNA MENOMAZIONE PERMANENTE DELLA INTEGRITA' PSICOFISICA. ALLA FIGLIA [redacted] FU RICONOSCIUTA COME DANNO DA VACCINAZIONE L'INFERMITA' TETRAPARESI SPASTICA CON CONSEGUENTE "IPOTONIA E RITARDO PSICOMOTORIO DA ENCEFALOPATIA IN IN PZ. TRACHEOTOMIZZATO IN VENTILAZIONE ASSISTITA ED ALIMENTAZIONE PARENTERALE" ED ASCRITTA ALLA PRIMA CTG. CON VERBALE DEL [redacted] DELLA CMO INFERMERIA AUTONOMA MM DI ROMA E SUCCESSIVAMENTE DECEDUTA A CAUSA DELLA STESSA INFERMITA' IL [redacted].

STATO ATTUALE (5)

ESAME OBIETTIVO

L'esame obiettivo è riportato nella pagina seguente

(*) Barraré la casella che interessa

CERTIFICATO MEDICO DEL [REDACTED] DELLA ASL RMD: "...DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CON ANSIA E UMORE DEPRESSO MISTI".

SI PRENDE VISIONE DELLA RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA DEL [REDACTED] 11 DEL DOTT. CASTELLANI GIUSEPPE.

GIUDIZIO DIAGNOSTICO
DISTURBO DELL'ADATTAMENTO CON ANSIA ED UMORE DEPRESSO MISTI

Si da atto che e' presente il MEDICO DI FIDUCIA: DOTT. _____
iscrizione Ordine dei Medici N. _____ Provincia di _____, che (*) _____ ha formulato osservazioni(8)

CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI

CONSIDERANDO CHE L'INFERMITA' DI CUI AL G.D. NON E' CONSEGUENZA DI CONTATTO FRA
SOGGETTO N. [REDACTED] N. [REDACTED] DELLA
LEGGE 210/92.

